



ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ



ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ



ການຊ່ວຍເຫຼືອພະຍາບານ



ການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປສຳລັບນໍ້າໄດ້ຮັດວຽກ



ການປິດປະຕາມເຮົາມີພະຍາບານ ຫລື ຊ່ວຍການດຳເນີນຂຶ້ວດ

## ຕັດສິນຂອງທ່ານ

### ຖາມ. ຈະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງໄດ?

ຕອບ. ກ່າຍໆ ພຽງແຕ່ປະກອບຄໍາຮັງ. ພ້າຍເອົາບື້ອກຢູ່ເຖິງໜ້າ **2** ຖ້າທ່ານຕ້ອງການງ່າວຍເຫຼືອປະກອບໃບຝອນນີ້. ວັນທີທີ່ທ່ານຮັງຈິນມີຜົນຕໍ່ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະເລີ່ມໃຊ້ ຫລື ໂວ. ຖ້າທ່ານຮັງຈິນສຳລັບຜູ້ອື່ນ, ໃຫ້ປະກອບຄໍາຖາມດ້ວຍຂໍ້ມູນຂອງຄົນຜູ້ນັ້ນ. ພວກເຮົາຕ້ອງການຢ່າງໝັ້ນບໍ່ຂຶ້ອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນໃສ່ໜ້າ **2** ເພື່ອເລີ່ມພິຈາະນາຄໍາຮັງ ແລະ ໜ້າ **3** ແລະ **4** ເພື່ອພິຈາະນາຄໍາຮັງປ່າງໃບທຸນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່, ກະຽນາເວົ້າກັບຜູ້ຮັບຕ້ອນເວລາທ່ານເອົາຄໍາຮັງມາຢືນ ເພື່ອເຫັນພວກເຮົາສາມາດອອກວິທີຕິດຕໍ່ກັບທ່ານໄດ້. ທ່ານສາມາດຢືນໃບຝອນນຳຖຸ້ນບັນຕ້ອນຫລື ສິ່ງໄປທາງຈົດໝາຍຫາຕ້ອງການບໍ່ຮິການຊຸມຊົນ (CSO) ຕາມຕ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ສຳລັບການບໍ່ຮິການປິ່ນປົວລະບະຍາວ, ໃຫ້ສິ່ງໃບຝອນໄປທາ ຕ້ອງການບໍ່ຮິການເຮືອນ ແລະ ຊຸມຊົນ ຕາມຕ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັດການສຳພາດ ຖ້າທ່ານຮັງຂໍເອົາແຕ່ການພະຍາບານເຖິ່ງນັ້ນ.

### ຖາມ. ເວລາໃດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຮ້າພະເຈົາຈະເລີ່ມ?

ຕອບ. ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານເລີ່ມແຕ່ວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທັງໝົດ ເພື່ອຕັດສິນສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ, ຕາມທັນມະດາແລ້ວຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະອີງຕາມວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮັງ. ສຳລັບການພະຍາບານ, ວັນທີຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານເລີ່ມຕາມແຕ່ວັນທ່ານມີສິດສຳລັບໃຈ່ງການພະຍາບານໃດ ແລະ ວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮັງຂໍຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດສາມາດຂໍໃຫ້ຊ່ວຍຈ່າຍໃບຕັບເງິນດ້ານພະຍາບານທີ່ຜ່ານມານັ້ນໄດ້.

### ຖາມ. ຮ້າພະເຈົາຕ້ອງການງ່າວຍເຫຼືອອາຫານໃນທັນໄດຈະຮັດປ່າງໄດ?

ຕອບ. ມອກຈາກອົງການຂຶ້ອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນໃຫ້ພວກເຮົາແລ້ວ, ໃຫ້ປະກອບນໍ້າເບີ **19** ແລະ ເອົາໄປທາຜູ້ຮັບຕ້ອນໄລດ. ຖ້າບໍ່ຢູ່ໃນຫ້ອງການຕ້ອງຖິ່ນ, ທ່ານສາມາດສື່ງຄໍາຮັງໄປທາງຈົດໝາຍ ຫລື ເອົາໄປທາຕ້ອງການຕ້ອງຖິ່ນ.

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານພາຍໃນ **ຫ້າ (5)** ມື້ ນັບຈາກວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮັງຂອງທ່ານເປັນຕົ້ນໄປທັກ:

- ທ່ານສະແດງຫລັກຖານຮູ່ພັນຂອງທ່ານ; ແລະ
- ຄອບຄົວຂອງທ່ານນີ້ອາບໄດ້ ຫລື ຂັບສິນໜ້ອຍດຽວ; ຫລື
- ຮາຍໄດ້ ແລະ ຂັບສິນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານບໍ່ພຽງພໍສຳລັບຄ່າເຊົາ ແລະ ຄ່າໄຟປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ; ຫລື
- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຮວມດ້ວຍຜູ້ເຄື່ອນຫ້າຍທຸກຈົນ ຫລື ຜູ້ຮັດວຽກໃ່ນໍາຕາມຮດຖານ.

#### ຂໍ້ມູນສຳຄັນກ່ຽວກັບຖານະຄົນເວົ້າເມືອງ ແລະ ເລກໄຊໄຊ

- ທ່ານສາມາດຮັງວິການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບພາກສ່ວນນີ້ງຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ ເຖິງແມ່ນວ່າສະມາຊີກຄອບຄົວບາງຄົນອາດບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຍອນຖານະຄົນເວົ້າເມືອງ. ຮັດວ່າງິຕັນ ມີບາງໄລ່ງການພະຍາບານໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີ ເລກໄຊໄຊ ຫລື ຫລັກຖານຖານະຄົນເວົ້າເມືອງ.
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການງ່າວຍເຫຼືອເງິນສິດ ຫລື ອາຫານ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ ເລກໄຊໄຊ ຫລື ຖານະຄົນເວົ້າເມືອງຂອງຜູ້ຮັງຂໍນັ້ນເຫັນເຫັນ. ທ່ານບໍ່ສາມາດເອົາ ເລກໄຊໄຊ ຂອງທ່ານໃຫ້ດ້ວຍຄວາມສະມັກໃຈ ແລະ ພວກເຮົາຈະໃຊ້ນັ້ນເພື່ອກວດເບື້ງຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການເພື່ອຕັດສິນສິດໄດ້ຮັບ, ເຊັ່ນວ່າຮາບໄດ້ຂອງທ່ານ. ບ້າບໍ່ປາກໃຫ້ ເລກໄຊໄຊ ຂອງທ່ານ ຫລື ຖານະຄົນເວົ້າເມືອງ, ຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານ ແລະ ຂັບສິນກໍບໍ່ຢັ້ງຕ້ອງຖືກກວດເບື້ງ ຖ້າຈະເປັນເພື່ອຕັດສິນສິດໄດ້ຮັບ.

ກະຊວງກະສິກາ ອະແມຣິກາ (USDA) ຕ້າມການຈຳແນກຢູ່ໃນທຸກໂຄງການ ແລະ ກົງກໍາຂອງຕົນ ຢ້ອນເມືວັນ, ສີສັນ, ເຜົດ, ສາສນາ, ເຊື້ອຊາດກໍາເນີດ, ຫລື ຄວາມເຊື່ອຖືທາງການເນື້ອງ. ບຸກຄົນພິການຜູ້ຕ້ອງການວິທີທາງອື່ນສຳລັບການສື່ສານຂໍ້ມູນໂຄງການ (ອັກສອນນຸ່ມ, ພິນໄຕໃຫຍ່, ແຫ້ປັງສຽງ, ອື່ນໆໆ.) ຄວນຕິດຕໍ່ນໍາສູນກາງ USDA's TARGET ຕາມເລກ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TDD). ເພື່ອຢືນຄໍາຮັງອ່າຍຫຍໍການຈຳແນກ, ຂຽນທ່ານ USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ຫລື ໄທໜາ (202) 720-5964 (ສຽງ ແລະ TDD). USDA ເປັນຜູ້ໃຫ້ການບໍ່ຮິການ ແລະ ນາຍຈ້າງທີ່ໃຫ້ໂຄກາດແບບສະເພີພາບ.



# ຄໍາຮັງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອປະກອບໃນພອນນີ້,  
ກະຽນໝາມຍາເອົາບຶກນີ້ ແລະ ເອົາໄປໃຫ້ຜູ້ຮັບຕ້ອນ.

FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED

INITIALS

ຊື່	ຊື່ຫັ້ນ	ນາມສະກຸນ	ລາຍເຊັນ (ຕ້ອງເຊັນ)		2. ເລກ ID ຜູ້ຮັງຂໍ (ຖ້າຮູ້)																																																																																				
					ຊືບໄໂຄດ	ເມືອງ	3. ດັບເນື້ອງຢູ່ທ່ານຢູ່																																																																																		
					ເມືອງ	ຮັດ	4. ເລກໄທຮະສັບເຮືອນ ຫລື ບ່ອນຝາກຄວາມ																																																																																		
					ຊືບໄໂຄດ		5. ບ່ອນຝູ່ສື່ງຈົກໝາຍ (ກ້າວຕ່າງກົນ)																																																																																		
							6. ເລກໄທຮະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ																																																																																		
<p>9. ຂ້າພະເຈົ້າຮັງຂໍເອົາ (ໝາຍເອົາທຸກປ່າງທີ່ຂໍເອົາ):</p> <p><input type="checkbox"/> ເງິນສິດ    <input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ    <input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອພະຍານານ    <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວຢູ່ເຮືອນ  <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວປາ ແລະ ໜ້ຳ    <input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອດຳເນີນຊີວິດ (COPES ຫລື ການດຸແລຢູ່ເຮືອນ)  <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ກະຽນບານຢູ່ນີ້): _____</p>					<p>7. ບ່ອນຝູ່ທ່າງ ອື່ແມ່ລ</p> <p>8. ເລກໄທຮະສັບນິ່ມຖື</p>																																																																																				
<p>10. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການສຳພາດທາງໃຫຮສັບ ເພາະວ່າຂ້າພະເຈົ້າ: <input type="checkbox"/> ເຖົາແກ່    <input type="checkbox"/> ພິການ    <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ    <input type="checkbox"/> ຄວາມຫຼັງຍາກອື່ນໆ: _____</p> <p>11. <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຜູ້ແປເອກະສານ. ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າພາສາ: _____ ຫລື <input type="checkbox"/> ພາສາກິກ; ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໝັ້ງສື່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ: _____</p> <p>12. ຖ້າຮັງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ, ທ່ານຊື້ ແລະ ເຮັດວຽກສຳລັບຈັກຄົນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ? _____</p> <p>13. ໃນ 30 ມື້ ຜ່ານມາ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເງິນສິດ, ອາຫານ, ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະຍານານຈາກຮັດ ຫລື ບ່ອນອື່ນ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່  14. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ບາງຄົນ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັງຂໍເອົາຖືກຕັດສິນລົງໃຫດຖານກະທຳຜິດດ້ານປາສັບຕິດ ທີ່ກະທຳໜ້າລັງຈາກ 08/21/96: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່  15. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ບາງຄົນ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັງຂໍເອົາກຳລັງໜີກົດໝາຍເຝື່ອຫັ້ງວັນການໄປສານ ຫລື ເວົ້າຄຸກຍັນການກະທຳຜິດ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່  16. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ບາງຄົນ ບຸ່ນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້ານີ້ (ໝາຍເອົາທັງໝົດທີ່ຖືກກັບ): <input type="checkbox"/> ຖືພາ; ມື້ອກ: _____  <p><input type="checkbox"/> ພາວະສຸກເສີນດ້ານພະຍານານ    <input type="checkbox"/> ໃບແຈ້ງໃຫ້ອກຈາກເຮືອນ    <input type="checkbox"/> ປີດນ້ຳ, ໄຟ ຫລື ບໍ່ມີອາຍຮັດອນ  <input type="checkbox"/> ສະພາບຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ    <input type="checkbox"/> ຄວາມພິການ (ບອກປະເຟດ): _____</p> <p>17. ອື່ນັ້ນຕໍ່ລົງໄປນີ້ ແມ່ນຕໍ່ານັ້ນສັນກິໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ຖືກນຳນາມໄຊ້ເຝື່ອການຕັດສິນການນີ້ສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.      ບັດຈິນເຜົ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ ຮີສປານິກ ຫລື ລາຕິໂນ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຂ້າພະເຈົ້າຖືວ່າເຝື້ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ (ໝາຍເອົາທຸກປ່າງທີ່ຖືກກັບ): <input type="checkbox"/> ຄິນຂາວ  <input type="checkbox"/> ຄິນດຳ ຫລື ອະເມຣິກັນ ອາຟຣິກກາ    <input type="checkbox"/> ຄິນເອງຍຸນ    <input type="checkbox"/> ຮາວາຍອຍຸນດັ່ງດີເດີມ ຫລື ຄິນຕາງປາຊີປິກ  <input type="checkbox"/> ອາມເຮືອນອື່ນດຽນ ຫລື ອາລາສກາດັ່ງດີເດີມ; ຊື່ເຜົ່າ: _____ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ຂຽນບອກ): _____</p> <p>18. ຂຽນຂໍ້ຕຸກຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໃສ່ ເຖິງວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາສຳລັບເວົ້າເຈົ້າກຳຕາມ (ຄັດເຈັ້ງເຝື່ນໃສ່, ຖ້າຈຳປັນ).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ຊື່ (ຊື່ຫັ້ນ, ນາມສະກຸນ)</th> <th rowspan="2">ຄົນຕຸ້ນນີ້ ເປັນຫັ້ງກັບທ່ານ?</th> <th rowspan="2">ທ່ານຕ້ອງການ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ໃຫ້ຄົນຕຸ້ນນີ້? ແມ່ນ ບໍ່</th> <th rowspan="2">ວັນທີກິດ</th> <th colspan="3">ເລືອກໄດ້ສຳລັບຜູ້ບໍ່</th> <th rowspan="2">ຜົດ ຊາບ ຫລື ບິນ</th> </tr> <tr> <th>ສັນຊາດ ອະນຸມິດກັນ? ແມ່ນ ບໍ່</th> <th>ຖືກບໍ່ເປັນສັນຊາດ, ມີເອກະ ສານສະແດງຖານະບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່</th> <th>ເລືອກໄຊໄດ້</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ຂ້າພະເຈົ້າ</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>19. <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໆຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານພາບໃນ ທ້ານ (5) ມື້ ໝາຍເຫດ: ສຳລັບເຝື້ນຕັດສິນວ່າທ່ານນີ້ສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານແບບສຸກເສີນຫລືບໍ່, ປະກອບໝວດນີ້.</p> <p>a. ທ່ານນີ້ມີເງິນສິດໝັ້ນຍົກວ່າ \$100 ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່    ແລະ;      ທ່ານບໍ່ມີເງິນໄດ້ ຫລື ຮູ່ຢາໄດ້ປະຈຳດີອນຕໍ່າກວ່າ \$150? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່</p> <p>b. ຄາເຊົາເວົ້າເຮືອນ ແລະ ຄາໄຟ ປະຈຳດີອນຂອງທ່ານຫລາຍກວ່າຮາຍໄດ້ປະຈຳດີອນຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່</p> <p>c. ມີຜູ້ໃດຜູ້ນີ້ຢູ່ໃນຄອບຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເປັນຄົນເຮັດວຽກນຳໃເນາຕາມຮະດຸການ ຫລື ເຄື່ອນທີ່ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ    <input type="checkbox"/> ບໍ່</p> </p>							ຊື່ (ຊື່ຫັ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ຄົນຕຸ້ນນີ້ ເປັນຫັ້ງກັບທ່ານ?	ທ່ານຕ້ອງການ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ໃຫ້ຄົນຕຸ້ນນີ້? ແມ່ນ ບໍ່	ວັນທີກິດ	ເລືອກໄດ້ສຳລັບຜູ້ບໍ່			ຜົດ ຊາບ ຫລື ບິນ	ສັນຊາດ ອະນຸມິດກັນ? ແມ່ນ ບໍ່	ຖືກບໍ່ເປັນສັນຊາດ, ມີເອກະ ສານສະແດງຖານະບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່	ເລືອກໄຊໄດ້		ຂ້າພະເຈົ້າ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ຊື່ (ຊື່ຫັ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ຄົນຕຸ້ນນີ້ ເປັນຫັ້ງກັບທ່ານ?	ທ່ານຕ້ອງການ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ໃຫ້ຄົນຕຸ້ນນີ້? ແມ່ນ ບໍ່	ວັນທີກິດ	ເລືອກໄດ້ສຳລັບຜູ້ບໍ່							ຜົດ ຊາບ ຫລື ບິນ																																																																														
				ສັນຊາດ ອະນຸມິດກັນ? ແມ່ນ ບໍ່	ຖືກບໍ່ເປັນສັນຊາດ, ມີເອກະ ສານສະແດງຖານະບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່	ເລືອກໄຊໄດ້																																																																																			
	ຂ້າພະເຈົ້າ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																				
FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							Screeener's Initials _____ Date: _____																																																																																		
DSHS 14-001 LA (REV. 04/2002) PAGE 2																																																																																									



#### IV. รายได้

1. ข้าพะเจ้า, ผิวเมืองของข้าพะเจ้า, หลี ผู้ได้รับเงินเดือนที่ข้าพะเจ้าอ่อนน้อมราษฎร์ได้: <input type="checkbox"/> แม่น <input type="checkbox"/> บ่ ห้าม่น, ภาระนุาปะกอบหมายด้วย:		
ชื่นนำจ้าา และ เลอกไหระสับ		จำนวนทั้งหมดที่ได้รับ (จำนวนเงินโดยรวมก่อนตัดพาสี) \$ _____ ทุกๆ: <input type="checkbox"/> อ่อนเมือง <input type="checkbox"/> ชาติด <input type="checkbox"/> ส่องชาติด <input type="checkbox"/> ส่องเตือต่ำเดือน <input type="checkbox"/> เดือน จำนวนอ่อนอ่อนในเมืองต่อชาติด: _____
วงกนี้เป็นวงกไຕอยู่บ่? <input type="checkbox"/> แม่น <input type="checkbox"/> บ่ ໃຜเป็นผู้ชายได้:		จำนวนทั้งหมดที่ได้รับ (จำนวนเงินโดยรวมก่อนตัดพาสี): _____
ชื่นนำจ้าา และ เลอกไหระสับ		จำนวนทั้งหมดที่ได้รับ (จำนวนเงินโดยรวมก่อนตัดพาสี) \$ _____ ทุกๆ: <input type="checkbox"/> อ่อนเมือง <input type="checkbox"/> ชาติด <input type="checkbox"/> ส่องชาติด <input type="checkbox"/> ส่องเตือต่ำเดือน <input type="checkbox"/> เดือน จำนวนอ่อนอ่อนในเมืองต่อชาติด: _____
วงกนี้เป็นวงกไຕอยู่บ่? <input type="checkbox"/> แม่น <input type="checkbox"/> บ่ ໃຜเป็นผู้ชายได้:		จำนวนทั้งหมดที่ได้รับ (จำนวนเงินโดยรวมก่อนตัดพาสี): _____

2. ข้าพะเจ้า, ผิวเมืองของข้าพะเจ้า, หลี ผู้ได้รับเงินเดือนที่ข้าพะเจ้ารักษาอย่างเคร่งครัดไว้ใน 60 มื้ ผ่านมา. <input type="checkbox"/> แม่น <input type="checkbox"/> บ่				
3.	รายได้อื่น	ໃຜได้รายได้?	จำนวนทั้งหมดต่อเดือน	ໃຜได้รายได้
เงินหัวหน้า			\$	\$
เงินไม่ใช้			\$	\$
เงินไม่ใช้ (SSI)			\$	\$
เงินล้วงเด็ก หลี ผิวเมือง			\$	\$
เงินบำนาญ หลี เบี้ยล้วง			\$	\$
เงินมัคธิน (VA) หลี ทะทาน			\$	\$
เงินแรงงาน และ อุดสาหะกำ (L&I) หลี เงินประจำไฟ			\$	\$
เงินล่วงหิน หลี เงินบี			\$	\$
อื่น:			\$	\$

#### V. รายจ่ายประจำเดือน

ค่าเช่า \$	ค่าจอด \$	ค่าเข้าบ่อน \$	ประจำเดือน	ประจำเดือน	ค่าอับสิน \$
น้ำไฟ (ขยายเวลาทุกว่าปีที่ขยายเวลาภักดี): <input type="checkbox"/> ไฟฟ้า (บ่แม่นน้อบก้อน) <input type="checkbox"/> ไหระสับ <input type="checkbox"/> อยาร้อน (แก๊ส, ไฟฟ้า, น้ำมัน) <input type="checkbox"/> น้ำ, หันน้ำล้วง, หันเทียบอ่อน ผู้อื่น หลี อิงกานอุ่นหัวข้าพะเจ้าจ่ายค่าใช้จ่ายบ่อนยู่ของข้าพะเจ้าบางส่วน หลี หันน้ำ: <input type="checkbox"/> แม่น <input type="checkbox"/> บ่					

จำนวนเงินที่ได้รับ: \_\_\_\_\_ จำนวนเงินที่ใช้จ่าย: \_\_\_\_\_ จำนวนเงินที่เหลือ: \_\_\_\_\_

จำนวนเงินที่ได้รับ: \_\_\_\_\_ จำนวนเงินที่ใช้จ่าย: \_\_\_\_\_ จำนวนเงินที่เหลือ: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> ค่าล้วงเด็ก หลี ผู้ดูแลพยาบาล	จำนวนประจำเดือน: \$	ใช้จ่าย:
<input type="checkbox"/> เงินล้วงเด็ก	จำนวนประจำเดือน: \$	ใช้จ่าย:
<input type="checkbox"/> ค่าพยาบาล	จำนวนประจำเดือน: \$	ใช้จ่าย:

#### ค่าทั้งหมด และ ลาຍເຊັນ

ข้าพะเจ้าได้อ่าน (หลี ได้รับคำอ่านที่บ้าน) ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດອອບຂອງข้าพะเจ้าແລ້ວ ແລະ ໄດ້ຮັບສຳເນົາ ສິດທີ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດອອບຂອງຜູ້ຮັກຈິງ  
DSHS 14-113(X) ແລ້ວ. ข้าพะเจ้าຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງຕາມທີ່ທ່າງກົມໄດ້ກຳນົດໄວ້. ข้าพะเจ้าຕ້ອງໃຫ້ຫລັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າข้าพะเจ้าມີສິດໄດ້ຮັບ.  
ກົມ DSHS ສາມາດຊ່ວຍຂ້າພະເຈົາເອົາທີ່ຫລັກຖານ หลี ຕິດຕໍ່ກັບບຸກຄົນອື່ນ หลี ອົງການເຜື່ອເອົາມັນ. ໂດຍການຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອຂ່າຍຄວາມສຳລັບຄອບຄົວ  
ບາກຈົນ (TANF) หลี ການຊ່ວຍເຫຼືອຢືນປົວດ້ານພະຍາບານ, ຂ້າພະເຈົາໄດ້ນອບສິດບ່າງຢ່າງຂອງເງິນລ้วงเด็ก หลี ອ່ານື່ນຢືນປົວດ້ານພະຍາບານໃຫ້ແກ່ ຮັດວິຊີງຕົມ.  
ຂ້າພະເຈົາຂໍ້ກ່າວພາຍໃຫ້ການລົງໂທດ ຖານແຈ້ງຄວາມເຫດວ່າຂູ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົາເອົາທີ່ໄວ້ໃນຄໍາຮ້ອງນີ້ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົາ  
ຮູ້ນັ້ນ. ຂ້າພະເຈົາເວົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົາອາດຖືກຜ້ອງຮັກຈາກທາງອາຫາ ຖ້າຂ້າພະເຈົາໄດ້ຮັບເງິນ, ອາຫານ, หลี ການຊ່ວຍເຫຼືອພະຍາບານຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ ບ້ອນວ່າ  
ຂ້າພະເຈົາຕັ້ງໃຈໃຫ້ການບໍ່ຖືກຕ້ອງ ທີ່ຕັ້ງໃຈບໍ່ລາຍງານບ່າງຢ່າງທີ່ຂ້າພະເຈົາຄວນລາຍງານ. ນີ້ແຕ່ຜູ້ຮັກຈິງຂໍເຫັນທີ່ຕ້ອງເຊັນ ຖ້າຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ  
ອາຫານ. ຖ້າຮ້ອງຂໍເອົາເງິນ หลี ການຊ່ວຍເຫຼືອພະຍາບານ, ສະມາຊຸກຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄົວເຮືອນທຸກຄົນກ້ອງເຊັນ.

ລາຍເຊັນຜູ້ຮັກຈິງ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັກຈິງຜູ້ໃຫຍ່ອື່ນໆ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອ หลี ຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ ຖ້າເຊັນເປັນ "X"	ວັນທີ